

SANTA CRUZ VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT #35 • FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA ESTUDIANTE

INFORMACION DEL ESTUDIANTE					
Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Segundo Nombre del Estudiante	Jr. III, IV, etc.	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Grupo Etnico: (Favor de marcar SOLO UNO) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino		Raza: (Favor de marcar UNO o MAS) <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Alaska: Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco		En cuál idioma prefiere la comunicación escuela-hogar? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Ciudad de Nacimiento	Estado de Nacimiento	País de Nacimiento	Teléfono del hogar () -	

INFORMACION DE LA ESCUELA ANTERIOR		
Nombre de la escuela anterior	Fecha de la baja / /	Domicilio de la escuela anterior (Ciudad, Estado, Zona Postal)

INFORMACION FAMILIAR					
Nombre del Padre/Tutor (Apellido, Nombre)		<input type="checkbox"/> Vive con <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Derechos Educativos <input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Correspondencia Permitida		Nombre de la Madre/Tutora (Apellido, Nombre)	
Domicilio del Hogar		Domicilio del Hogar		<input type="checkbox"/> Vive Con <input type="checkbox"/> Tiene Custodia <input type="checkbox"/> Derechos Educativos <input type="checkbox"/> Contacto Permitido <input type="checkbox"/> Correspondencia Permitida	
Ciudad	Estado	Zona Postal	Ciudad	Estado	Zona Postal
Domicilio para Correspondencia (si es diferente del de arriba)			Domicilio para correspondencia (si es diferente del de arriba)		
Ciudad	Estado	Zona Postal	Ciudad	Estado	Zona Postal
Teléfono del Hogar (<input type="checkbox"/> # Principal) () -	Teléfono del Trabajo (<input type="checkbox"/> # Principal) () -	Teléfono del Hogar (<input type="checkbox"/> # Principal) () -	Teléfono del Trabajo (<input type="checkbox"/> # Principal) () -		
Teléfono Celular (<input type="checkbox"/> # Principal)	Parentesco hacia el estudiante		Teléfono Celular (<input type="checkbox"/> # Principal)	Parentesco hacia el estudiante	
Domicilio de correo electrónico			Domicilio de correo electrónico		

HISTORIA DEL ESTUDIANTE		ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR (requisito del Departamento de Educación del Estado de Arizona)	
Padres divorciados/separados, quién tiene la custodia: _____ El padre/madre sin custodia tiene derecho de visitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es Sí, debe proporcionar copia de los documentos legales.) ¿Existen informes confidenciales o psicológicos de la escuela anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su hijo(a) recibió servicios especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales: _____ Si respondió Sí, marque los servicios que correspondan: <input type="checkbox"/> Educación Especial /IEP <input type="checkbox"/> Terapia del Habla <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Recursos <input type="checkbox"/> Superdotados <input type="checkbox"/> Title I <input type="checkbox"/> ELL or LEP <input type="checkbox"/> Otro ¿Su hijo(a) ha sido expulsado de otra institución educativa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está su hijo(a) actualmente en proceso de expulsión de otra escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está su hijo (a) actualmente bajo suspensión a largo plazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su hijo(a) ha asistido antes a alguna escuela de SCVUSD #35, incluyendo Pre-Escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha asistido su hijo(a) a alguna escuela pública, Charter o Privada en Arizona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre y domicilio de la escuela _____ ¿Su hijo(a) ha residido fuera de E.U.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Dónde? _____ ¿Qué grados completó Fuera de E.U.? _____ En una escuela de E.U.? _____		¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante? _____ ¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia? _____ ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? _____	
POR FAVOR ANOTE A LOS HERMANOS/HERMANAS			
Nombre y Apellido		Edad	Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

DECLARO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA. (LA FALSIFICACION DE LA INFORMACION ES UNA VIOLACION DE LA LEY – A.R.S. § 13-2407.) EL ESTUDIANTE SERA DADO DE BAJA POR HABER PROPORCIONADO INFORMACION FALSA.	X _____ Firma del Padre/Madre/Tutor	_____ Fecha
--	--	----------------

ESTA SECCION ES PARA USO OFICIAL UNICAMENTE						
Enter Code	Enter Date / /	Perm Number	SAIS ID	School	Teacher	
Proof of Birth Type	Immunization Info. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Parent ID <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Proof of Address <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Neighborhood School <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Entered into System By	Date Entered into System / /